



团 体 标 准

T/CAPC 022—2026

# 零售药店肥胖症健康管理规范

Guidelines for Obesity Health Management in Retail Pharmacies

2026 - 3 - 19 发布

2026 - 3 - 19 实施

## 目 次

前言 .....	II
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 总体原则 .....	1
5 人员配置与要求 .....	2
6 服务环境和设施设备 .....	2
7 健康管理服务内容及流程 .....	3
附录 A（资料性） 肥胖症健康管理辅助用表 .....	6
附录 B（资料性） 肥胖症患者健康管理流程 .....	10
附录 C（资料性） 体重管理意愿与准备度评估表 .....	13
附录 D（资料性） 体重管理健康行为及疾病认知评估表 .....	15
附录 E（资料性） 体重管理的常用饮食策略 .....	18
附录 F（资料性） 运动方案建议 .....	20
附录 G（资料性） 体重管理监测与评估记录内容 .....	23
附录 H（资料性） 随访计划与频次推荐 .....	25
参考文献 .....	27

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国医药商业协会提出并归口。

本文件起草单位：中国医药商业协会、山东钥云健康管理有限公司、北京医院、首都医科大学附属北京世纪坛医院、北京市丰台区妇幼保健计划生育服务中心（北京市丰台区妇幼保健院）、上海市第十人民医院、西安国际医学中心医院、大参林医药集团股份有限公司、益丰大药房连锁股份有限公司、国药控股国大药房有限公司、华润医药商业集团有限公司、老百姓大药房连锁股份有限公司、一心堂药业集团股份有限公司、健之佳医药连锁集团股份有限公司、漱玉平民大药房连锁股份有限公司、上海华氏大药房有限公司、高济医药有限公司、西安怡康医药连锁有限责任公司、成都泉源堂大药房连锁股份有限公司、哈尔滨人民同泰医药连锁有限公司、吉林大药房药业股份有限公司、北京德信行医保全新大药房有限公司、深圳市海王易点药医药有限公司、苏州健生源医药连锁有限公司、诺和诺德（上海）医药贸易有限公司。

本文件主要起草人：石晟怡、蒋丽华、贾丹、叶真、于冬妮、纪立伟、姜德春、张青霞、曲伸、姬秋和、陈晖、赵碧君、程晓蕾、曹颖、殷雯洁、段四堂、孙力、任良杰、段二玉、任德兰、李天宇、张西浦、朱沙沙、高丽娜、房云、董玲、易文、郭海洋。

# 零售药店肥胖症健康管理规范

## 1 范围

本文件规定了零售药店开展肥胖症健康管理应遵循的总体原则，明确了人员配置与要求、服务环境与设施设备以及健康管理服务内容及流程等。

本文件适用于零售药店面向成人开展肥胖症健康管理，老年人、儿童、妊娠与哺乳期妇女等特殊人群的肥胖症相关健康管理工作，建议转由医疗机构负责。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 肥胖症 Obesity

一种由遗传和环境因素共同导致的脂肪组织过度积累或分布失调、功能异常的慢性、进行性、复发性疾病。

注：特征——脂肪细胞的数量增多、体脂分布的失调以及局部脂肪沉积。

依据发病机制及病因分类——分为原发性肥胖症和继发性肥胖症两大类。

依据脂肪积聚部位分类——分为中心型肥胖症（腹型肥胖症）和周围型肥胖症（皮下脂肪型肥胖症）。

### 3.2

#### 体重指数 Body mass index, BMI

也称体质量指数。是评估全身性肥胖的通用标准，该指数应用身高对体重进行校正，以减少身高因素对肥胖症评估的影响，其计算方式为：体重（kg）除以身高（m）的平方。

注：在我国成年人中BMI低于 $18.5 \text{ kg/m}^2$ 为低体重状态，达到 $18.5 \text{ kg/m}^2$ 且低于 $24 \text{ kg/m}^2$ 为正常体重，达到 $24 \text{ kg/m}^2$ 且低于 $28 \text{ kg/m}^2$ 为超重，达到或超过 $28 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖症。

### 3.3

#### 健康体重管理 Healthy weight management

在科学的基础上对肥胖症患者的体质量进行有效管理，运用个性化管理方案在营养、饮食、运动、心理等方面进行干预，达到控制及维持适合体质量和身体健康的目的。

### 3.4

#### SMART 原则

一种结构化目标设定方法，旨在提高行为改变的可行性和可持续性。该原则要求目标必须是具体的（Specific）、可衡量的（Measurable）、可实现的（Attainable）、现实的（Realistic）和有时限的（Timely）。

### 3.5

#### 健康生活指导

零售药店药师运用行为干预技术，如自我监测（记录饮食与运动）、目标设定（SMART原则）、刺激控制（改善环境诱因）等，为超重和肥胖症人群提供营养调整、体力活动促进、行为改变策略以及社会心理支持，帮助肥胖症患者实现并维持健康体重，降低并发症风险。

注：健康生活指导不仅是信息传递，更是整合医药学知识、行为科学与沟通技巧的综合干预过程，其目标是赋能患者实现可持续的健康行为转变。

## 4 总体原则

### 4.1 服务定位

零售药店应积极发挥基层健康促进作用，主动参与肥胖症健康管理工作。内容包括主动筛查、综合评估、就医提醒、教育与指导、随访与监测等一系列连续、专业的健康管理措施。

## 4.2 核心目标

通过规范化的肥胖症健康管理，帮助患者建立可持续的健康生活方式，提升自我体重管理依从性，以实现个性化最佳体重并长期维持，降低肥胖症相关疾病的发病风险，缓解或改善并发症进展，提高肥胖症患者的健康状况与生活质量。

## 4.3 执业规范

在开展健康管理服务过程中，应在法律法规与药师执业权限内，以最新科学证据为基础，遵循健康导向原则，提供符合SMART原则、贴合个人需求且通俗易懂的审慎健康管理服务。

## 4.4 风险防范

建立患者隐私保护机制，健康档案应设置访问权限；对患者发生的用药不良反应与其他不适情况应及时记录，提示就医，严禁无处方销售减重处方药，杜绝不实宣传和推荐无关产品。

## 5 人员配置与要求

### 5.1 人员配置

至少应配备一名肥胖症健康管理专责药师，且接受过肥胖症健康管理相关知识培训。可配备健康管理师、公共营养师等与专责药师共同组成肥胖症健康管理团队。

### 5.2 人员要求

掌握肥胖症体重管理、药物治疗、营养与运动的方法、目标、原则与流程，掌握肥胖症相关疾病知识，掌握正确的测量设备使用方法以及沟通、心理支持等技能，定期参加肥胖症健康管理领域的继续教育和培训，不断更新知识和技能。

## 6 服务环境和设施设备

### 6.1 服务环境

6.1.1 开展肥胖症健康管理服务的药店可使用现有的咨询服务区域或根据需求设立相对独立、私密性良好的健康管理服务区域，如健康体重咨询专区、健康体重小屋等。

6.1.2 服务区域应安静、整洁、舒适，能够保护患者隐私，确保服务过程不受干扰。

6.1.3 区域内宜张贴清晰的服务流程、咨询电话、远程服务二维码/小程序/APP、投诉渠道、隐私保护声明等。

### 6.2 管理工具

#### 6.2.1 测量工具

6.2.1.1 应配备基本的测量工具。包括但不限于人体秤(精度不低于 0.1kg)、身高尺(精度不低于 0.1cm, 可与人体秤集成)、体脂秤(应具备区分内脏脂肪率、肌肉量等指标功能)、无弹性软尺、电子血压计等。

6.2.1.2 相关测量设备应遵循校准要求，定期进行校准，确保数据准确。

6.2.1.3 测量设备宜放置在健康管理服务区域。

#### 6.2.2 评估工具

配备辅助开展患者体重管理工作的评估工具。包括但不限于计算器、肥胖症健康管理相关工作量表等，见附录A。

#### 6.2.3 健康教育工具

可配备支持标准化健康管理服务实施的工具与资料：

- 统一制式的健康档案记录表、标准化健康指导方案模板及随访计划表；
- 涵盖肥胖症及相关合并症（如糖尿病、高血压）的科普宣传折页、手册等健康教育材料；
- 肥胖症健康管理常见问答库；
- 包括《中国居民膳食指南》膳食宝塔图、食物能量表在内的营养指导工具；
- 运动指导挂图与视频资料等。

注：所有健康教育材料的科学内容应由执业药师或相关专业人员进行审核，确保其与现行权威指南一致，无商业误导信息。

## 6.2.4 信息化工具

6.2.4.1 配备电脑及健康信息管理系统，用于电子健康档案建立、随访记录及数据管理，系统需具备数据安全与隐私保护功能，服务流程可监管。

6.2.4.2 支持人工智能辅助健康管理决策、远程会诊协作及线上健康管理服务。

## 7 健康管理服务内容及流程

### 7.1 识别与筛查

零售药店应积极开展肥胖症患者健康管理服务，制定肥胖症患者识别等工作流程，科学、规范的开展健康体重管理工作，见附录B。

#### 7.1.1 肥胖症确诊人群

7.1.1.1 对于持处方前来取药的肥胖症确诊患者，执业药师应依据相关法律法规、药品说明书、临床诊疗指南及内部操作规程进行处方审核，并邀请参加健康体重管理项目。

7.1.1.2 减重药处方审核时，应重点关注处方的诊断与适应症是否相符，是否存在用药禁忌，剂量是否超过说明书最大用量，药物剂量是否符合滴定原则，是否存在不良相互作用风险。

#### 7.1.2 潜在肥胖症人群

##### 7.1.2.1 疾病认知

通过多种形式的科普宣传，持续提升公众对“肥胖症作为一种慢性疾病”的科学认知，引导肥胖症人群主动参与筛查并积极进行治疗。

##### 7.1.2.2 精准识别

对于潜在的肥胖症人群可从会员档案BMI数据、进店顾客体型特征目测以及所购药品类型（如高血压、糖尿病等肥胖症相关疾病用药）进行识别，主动建议其接受健康体重筛查及相关指标测量，系统识别超重或肥胖问题，实现对肥胖症人群的精准触达与早期识别，并邀请参加健康体重管理项目。

##### 7.1.3 注意事项

在建议肥胖症患者接受筛查和参加健康体重管理时，应理解并尊重其可能因体重问题产生的自卑与抵触心理。规避可能引发负面情绪的词语表达，宜采用以促进健康及预防未来疾病为导向的表述如“体重与健康”“身体成分分析”“健康体重管理计划”等用语，应表达共情，鼓励和提升其参与健康体重管理的决心和信心。

### 7.2 建立档案

7.2.1 为接受健康体重管理建议的患者建立个人健康档案，档案应记录患者姓名、性别、身高、体重、BMI、腰围、体脂率、饮食、运动、睡眠、肥胖史（超重或肥胖起始时间、持续时间）、病史（肥胖症相关疾病）、肥胖家族史、肥胖治疗史（减重方法、持续时间、减重次数、减重效果）、工作性质及工作强度、医生开具的减重药物/营养/运动处方（干预方案）、正在使用的其他药物、药物过敏史、药物不良反应史、减重目标、评估与随访内容等。

7.2.2 档案信息记录应及时、完整、连续与可追溯。

### 7.3 综合评估

应对建档的肥胖症患者进行系统、规范的健康体重管理综合评估，为后续的个性化管理提供精准依据，并有效衔接就医提醒、疾病教育、健康生活指导等管理模块。综合评估可遵循三步流程。

- 健康体重评估。通过测量指标计算 BMI 和腰臀比等，判断患者是否超重或肥胖，并初步识别其肥胖症类型。对于继发性肥胖症患者，应建议其就医，不纳入药店健康体重管理范畴。
- 患者减重意愿与准备度评估。评估患者减重目的、减重意愿，仅当患者处于“意向期”“准备期”“行动期”或“维持期”时，方可进入后续的专项评估与干预流程，见附录 C。
- 健康行为及疾病认知评估。通过对患者进餐规律性、作息规律性、个人自律性、个人可自由支配时间等相关信息的评估，了解其饮食、运动、睡眠等行为习惯与疾病认知，识别核心问题与改善契机，见附录 D。

### 7.4 疾病教育

7.4.1 明确管理的长期性。肥胖症是一种慢性疾病，易复发，需要进行长期甚至终身的体重管理。在饮食、运动治疗效果欠佳时，可能需要启动药物或手术治疗。

7.4.2 明确减重后的获益。需向肥胖症者、尤其是老年及有合并症的患者说明，即使体重下降幅度不大，也可能在血糖、血压及生活质量方面获得显著改善。

7.4.3 设定减重目标。应与患者共同设定减重目标：

- 在强化治疗期，可为多数轻度肥胖者设定 3~6 个月内减重 5%~15% 的治疗目标，中重度肥胖者设定更高的治疗目标，年长、并发症较多的患者应平稳减重，可设立 3~6 个月内减重 5%~10% 的目标；
- 维持期目标应为体重维持，避免体重反弹超过 3%~5%。每 3~6 个月监测一次体重与关键代谢指标。

7.4.4 生活方式干预。生活方式干预是长期体重管理的基石，应让患者接受并坚持个体化的生活方式干预方案，调整现有的生活方式偏好和习惯。

7.4.5 明确启动药物治疗的原则。所有减重处方药必须经医生评估后方可使用，盲目乱用不仅导致经济浪费，更可能带来严重的健康风险。

### 7.5 用药指导

肥胖症患者启动减重药物治疗后，药师应进行以下指导与教育。

——药品使用指导：

- 告知用药频次及每次用量；
- 讲解剂量滴定方法与皮下注射的正确操作方法；
- 指导漏用药品时的补救措施；
- 对于说明书中注明有特殊储存要求的药物，以及明确规定了开封后使用效期的药物，均应向患者予以特别提醒。

——依从性指导。告知患者从小剂量的首次用药开始，整个滴定过程达到最大推荐剂量或个人最大耐受量约需 2~4 个月，强调应遵医嘱用药，做好心理准备，禁止自行调整用法用量，应定期复诊。

——安全性监测指导：

- 用药后应监测新发症状或体征，若反应严重应立即就医，并每 3 个月监测肝肾功能；
- 告知患者对不良反应的识别与应对，如告知患者常见不良反应（胃肠道反应、疲劳等），需立即就医的严重症状（剧烈腹痛、心悸、过敏反应等）；
- 指导患者如何记录不良反应情况。

——有效性监测指导。设定每月减重目标，让患者了解用药 3 个月非糖尿病患者体重下降 >5% 或糖尿病患者体重下降 >3% 视为有效，可继续药物治疗，否则应及时就医调整治疗方案。

——辅助治疗指导：

- 建议患者保证蛋白质与膳食纤维的摄入，并补充必要的维生素与矿物质；
- 营养补充应优先通过多样化膳食实现，若日常饮食无法满足需求，可酌情建议患者使用蛋白粉、膳食纤维制品或维生素矿物质补充剂等作为辅助。

## 7.6 健康生活指导

健康生活指导应贯穿体重管理全过程，即便在药物治疗期，也需同步进行生活方式干预。生活方式干预的效果高度依赖于患者的良好依从性，其方案应遵循个体化原则来制定。具体内容包括：

——健康饮食习惯养成：

- 减重的基础是能量摄入小于能量消耗，无论选择哪种饮食模式（如限能量饮食、低碳水化合物饮食、高蛋白饮食、间段性节食、代餐等），均应控制每日总能量的摄入，且单一饮食难以长期维持个体化最佳体重，
- 遵循个体化、阶梯化、可持续性的原则，避免极端饮食，选择易于长期坚持的饮食模式。可采用定时法、餐盘法、可视化控制等进行控制，
- 对于肥胖症相关疾病的患者，应叮嘱按照医生开具的营养处方控制饮食，见附录E；

——规律运动习惯固化：

- 应鼓励患者养成规律运动习惯，将运动融入日常生活，降低久坐时间（ $<6\text{h/d}$ ），建立“主动活动”行为模式，
- 减重运动方案应根据BMI、体脂率、基础疾病和相关疾病（如心血管病、关节损伤）、运动能力及个人偏好设定，从低强度、短时间开始，逐步增加运动频率、强度及持续时间，警惕肌少症，见附录F；

——社会心理支持。超重、肥胖及过往减重失败经历等因素易增加患者心理负担，并进一步影响减重效果，应帮助患者增加自信、缓解压力与抑郁、焦虑情绪，给与情感支持，帮助设定合理目标，及时肯定成果，鼓励参与社群互助，提高社会适应能力和坚持治疗的信心；

——自我监测与记录：

- 应向患者介绍肥胖症健康体重管理知识，指导患者使用自我监测工具（饮食/运动日记）与SMART目标设定方法，主动实施饮食、运动行为监控、评估与记录，
- 可利用数字健康工具如可穿戴设备、移动健康应用程序、远程监测设备等进行自动监测与记录，见附录G。

## 7.7 随访与监测

7.7.1 为肥胖症患者提供首次健康管理后，应基于实际需求，主动开展有计划的持续性随访。

7.7.2 根据患者个体情况，制定随访计划，每个月至少进行1次随访，评估饮食、运动和体重变化情况。

7.7.3 随访重点关注系统评估干预效果和存在问题，具体包括追踪用药依从性与安全性、监测体重及相关疾病控制指标、了解患者主观感受与健康生活方式执行困难，及时识别风险、解答疑问。

7.7.4 根据随访信息提供个性化解决方案与持续的心理支持，见附录H。

附录 A  
(资料性)  
肥胖症健康管理辅助用表

A.1 指标检测及计算方法

表A.1为测量学指标检测及计算方法。

表A.1 测量学指标检测及计算方法

指标	测量/计算方法
身高	患者脱鞋、脱帽，站立位，双脚并拢，放松双肩及腹部平稳呼吸，目视前方，使用经过校准且在校准有效期内的身高计进行测量
体重	患者空腹状态，排尿后，着单衣，使用经过校准且在校准有效期内的体重秤进行称量
腰围	患者着单衣，站立位，放松双肩及腹部，平稳呼吸，双脚分开25~30cm；使用皮尺在腋中线上髂前上棘和第12肋下缘连线中点处水平位置环绕腹部一周进行测量
臀围	垂直站立位，使用皮尺围绕从耻骨联合至臀大肌最凸出位置（即臀部最突出的位置）一周，测量周径
血压	患者安静休息后，使用经过校准后的电子血压计进行测量
BMI	体重(kg) / [身高(m)] <sup>2</sup>
腰臀比	腰围(cm) / 臀围(cm)
注：资料来源 《肥胖症诊疗指南（2024年版）》	

## A.2 诊断标准

表A.2为中国人人群肥胖症的常用诊断标准。

表A.2 中国人人群肥胖症的常用诊断标准

项目	检测方法	性别	诊断标准		优缺点
BMI	体重/身高 <sup>2</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	-	正常 18.5-23.9kg/m <sup>2</sup>	超重 24.0-27.9kg/m <sup>2</sup> 肥胖 ≥28kg/m <sup>2</sup>	操作简单,适用性广,是目前最常用的诊断指标,但不能反映身体成分和脂肪分布
腰围	-	男 女	正常 <85cm 正常 <80cm	腹型肥胖 ≥90cm 腹型肥胖 ≥85cm	可以部分反映脂肪的分布,衡量腹型肥胖,操作简单,适用性广。但测量误差较大,使用中需注意正确的测量方法
腰臀比	腰围/臀围	男 女	正常 0.85-0.90 正常 0.75-0.80	腹型肥胖 ≥0.90 腹型肥胖 ≥0.85	-
腰高比	腰围/身高		正常 <0.5	腹型肥胖 ≥0.5	-
体脂率	生物电阻抗, 双能 X 线	男 女	正常 10%-20% 正常 15%-25%	肥胖 ≥25% 肥胖 ≥30%	测量较为准确,其中 CT 评估内脏脂肪面积是诊断腹型肥胖的金标准。但需要专门设备,操作较为复杂、价格较高
内脏脂肪面积	CT、MRI	-	正常 <80cm <sup>2</sup>	腹型肥胖 ≥80cm <sup>2</sup>	
<p>注1: 体脂率是指人体内脂肪重量在人体总体重中所占的比例            注2: 资料来源 《肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南(2024版)》</p>					

### A.3 肥胖症分级标准

表A.3为我国肥胖症分级标准。

表A.3 我国肥胖症分级标准

BMI	分级
达到 $28.0\text{kg}/\text{m}^2$ 且低于 $32.5\text{kg}/\text{m}^2$	轻度肥胖症
达到 $32.5\text{kg}/\text{m}^2$ 且低于 $37.5\text{kg}/\text{m}^2$	中度肥胖症
达到 $37.5\text{kg}/\text{m}^2$ 且低于 $50\text{kg}/\text{m}^2$	重度肥胖症
达到或超过 $50\text{kg}/\text{m}^2$	极重度肥胖症

注：资料来源 《肥胖症诊疗指南（2024年版）》

## A.4 减重幅度对应 BMI 值

表A.4为不同基线BMI人群不同减重幅度对应的减重后BMI值。

表A.4 不同基线 BMI 人群不同减重幅度对应的减重后 BMI 值

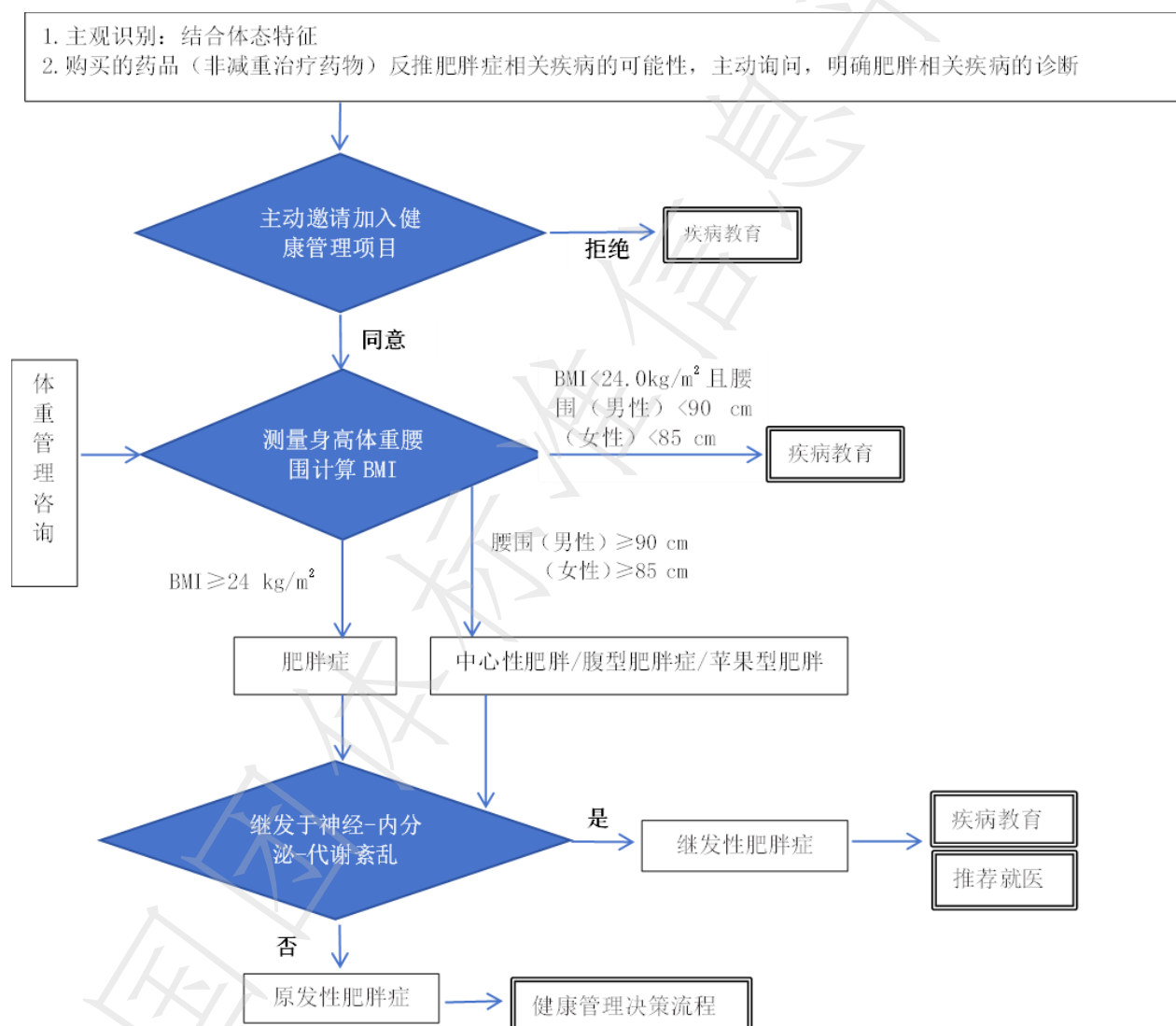
基线 BMI (kg/m <sup>2</sup> )	不同减重幅度对应的减重后 BMI 值 (kg/m <sup>2</sup> )			
	5%	10%	15%	20%
24.0	22.8	21.6	20.4	19.2
25.0	23.8	22.5	21.3	20.0
26.0	24.7	23.4	22.1	20.8
27.0	25.7	24.3	23.0	21.6
28.0	26.6	25.2	23.8	22.4
29.0	27.6	26.1	24.7	23.2
30.0	28.5	27.0	25.5	24.0
35.0	33.3	31.5	29.8	28.0
40.0	38.0	36.0	34.0	32.0

注1: BMI为体重指数。灰色区域表示以BMI24.0kg/m<sup>2</sup>为目标, 不同基线BMI人群对应的减重幅度  
注2: 资料来源 《体重管理门诊建设专家指导意见(2025版)》

**附录 B**  
(资料性)  
**肥胖症患者健康管理流程**

**B.1 患者识别工作流程**

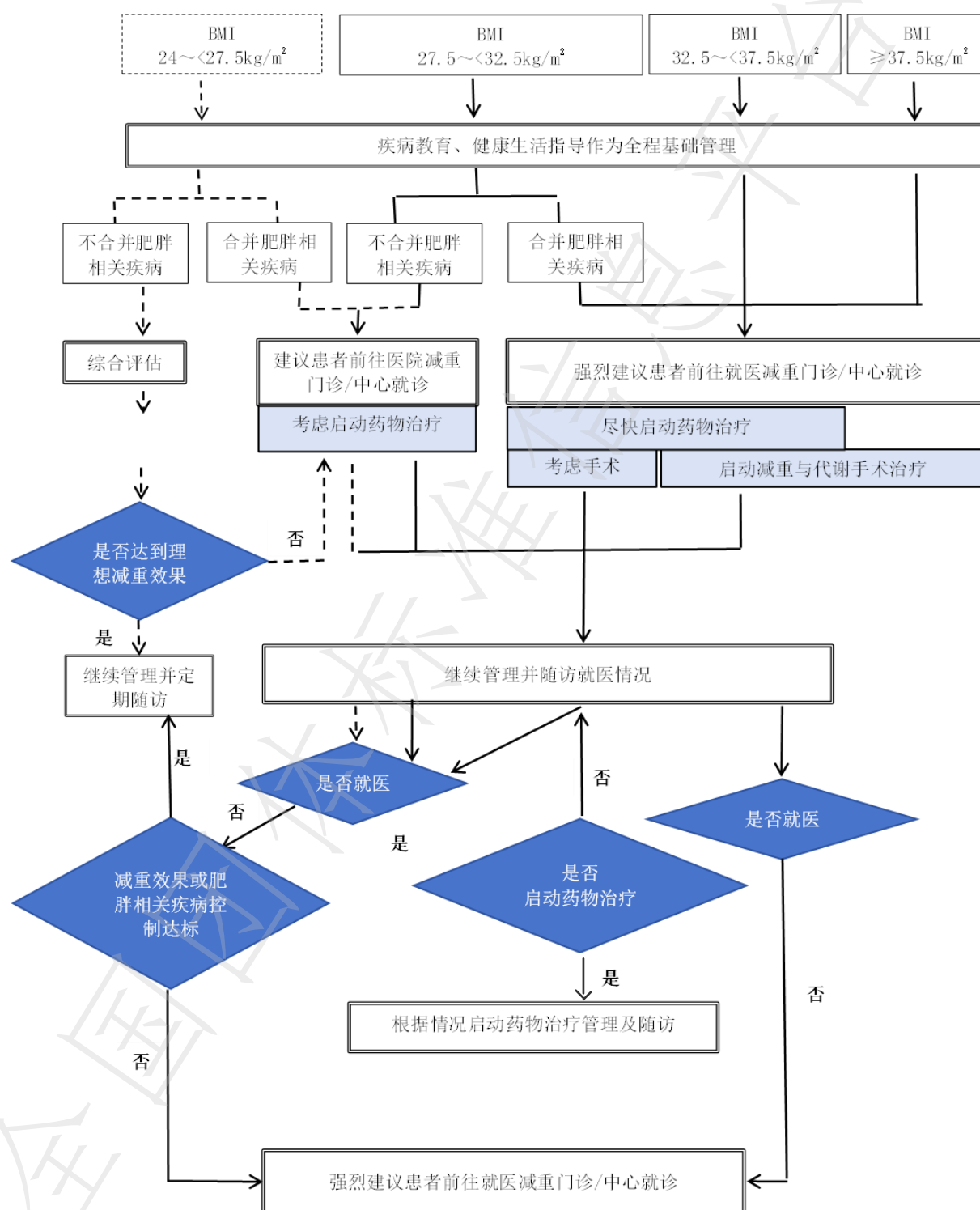
图B.1为零售药店肥胖症患者识别工作流程示意图。



图B.1 零售药店肥胖症患者识别工作流程示意图

## B.2 健康管理决策流程

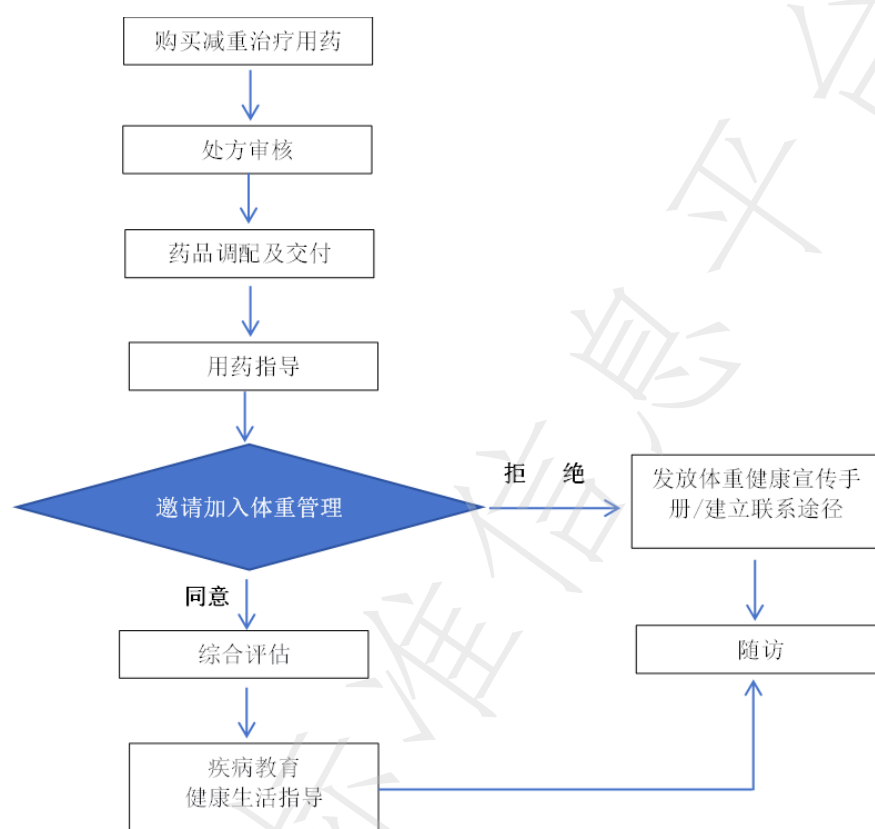
图B.2为零售药店肥胖症患者健康管理决策流程图。



图B.2 零售药店肥胖症患者健康管理决策流程图

### B.3 购药患者健康管理流程

图B.3为购药患者健康管理流程图。



图B.3 购药患者健康管理流程图

**附录 C**  
(资料性)  
**体重管理意愿与准备度评估表**

体重管理意愿与准备度评估表见表C.1。

推荐用语:您好,为了更好地帮助您管理体重,我们需要了解您当前对体重管理的看法和准备情况。以下问题没有对错之分,请根据您的真实想法,选择最符合您现状的选项。

**表C.1 体重管理意愿与准备度评估表**

评估内容	患者选择	意愿阶段评估	管理策略建议	
行为阶段评估	我目前没有考虑体重管理,也不觉得有必要在未来6个月内开始	意向前期 (尚未准备)	<p>建议包含以下内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——疾病教育,重点在肥胖症危害及体重管理获益,提升认知引发思考;</li> <li>——建立联系方式,欢迎有意愿后做减重咨询;</li> <li>——征求意见,是否愿意做健康体重风险评估</li> </ul> <p>推荐用语:我理解您目前还没有准备好。这对于任何人来说都是有困难的。您也可以回去再考虑一下,如果维持现状,您觉得有哪些好处和坏处?如果做出改变,可能有哪些好处和挑战?其实已经有很多研究表明...,我们不急于做任何决定。这些信息供您参考,如果您以后有任何想法,我们随时可以再聊</p> <p>注:非强制性地提供关于肥胖健康风险的信息,并将其与患者自身的健康担忧如关节痛、精力不足、家族史联系起来</p>	
	我还没准备好改变现在的生活方式			
	我正在认真考虑在未来6个月内开始体重管理	意向期 (考虑中)		
	我知道需要改变,但对于如何开始、能否成功感到犹豫和矛盾			
	我已经决定要做体重管理了,并计划在最近1个月内开始	准备期 (计划中)		<p>建议包含以下内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——行为改变与意愿信心评估;</li> <li>——健康体重风险评估;</li> <li>——个体化疾病教育-设定目标;</li> <li>——就医提醒;</li> <li>——个体化健康生活指导;</li> <li>——随访</li> </ul>
	我已经在做一些小的尝试,比如偶尔散步或少喝含糖饮料			
	我目前正在积极地进行体重管理,并且这个行为改变持续了不到6个月	行动期 (实践中)		
	我正在坚持执行饮食和/或运动计划			
我已经成功减重,并致力于维持这个成果超过6个月	维持期 (保持中)	<p>建议包含以下内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——肯定其付出的努力和已经取得的任何进展;</li> <li>——共同识别哪些情况容易导致复发;</li> <li>——提前告知体重下降可能不是线性的,教育其关注非体重指标</li> </ul>		
我正在努力防止体重反弹,这对我来说是一个新的挑战				

表 C.1 体重管理意愿与准备度评估表（续）

评估内容	患者选择	意愿阶段评估	管理策略建议
行为改变与 意愿信心评 估	重要性：您认为减重对您来说有多重要	患者回答分数记录 n= 1=完全不重要,10= 极其重要	药师信心引导内容： 您的评分比我想象的还要高，为什么不是n-x，而是n呢？是什么让您这么看重这件事
	自信心：您对自己成功减重（或维持体重）有多大信心	患者回答分数记录 n= 1=完全没信心,10= 充满信心	药师信心引导内容： 您的信心值很不错，为什么不是n-x，而是n呢？是什么让您可以打出这个分数
	准备度：整体来看，您感觉自己为体重管理做好了多少准备	患者回答分数记录 n= 1=完全没准备,10= 完全准备好	药师信心引导内容： 您给自己的准备度打了n，是什么准备工作，您可以具体展开说说吗
	是否会因为体重不快乐、受困扰、觉得很多不顺心与体重有关		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
注：用1-10分来评估以下问题（1分代表最低，10分代表最高）			

## 附录 D

(资料性)

## 体重管理健康行为及疾病认知评估表

## D.1 健康行为及疾病认知评估

表D.1为体重管理健康行为。

表D.1 体重管理健康行为表

药师提问	患者选择		策略
是否尝试过体重管理	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 有效果的经验：如有家人的支持/朋友的支持 失败的原因：	在制定新的治疗方案时应借鉴既往减重失败的经验，并规避那些已经确定不适合该患者的治疗
您的饮食习惯 (可多选)	<input type="checkbox"/> 高脂肪的食物和饮料：“酥脆”“香脆”“甜腻”“顺滑”“甜滋滋”“噎手指”满手油的，烹饪方式油炸、红烧、干锅、油焖都属于此类。比如炸鸡、薯条、油条、炸串、甜甜圈等油炸类食物；奶油蛋糕、冰淇淋、巧克力、饼干、蛋挞等甜食零食；花生、瓜子、夏威夷果等坚果一吃就停不下来；喜欢吃沙拉、炸酱、芝麻酱等酱料；爱吃红烧肉（特别是肥肉部分）、香肠、腊肉等肥肉和加工肉 <input type="checkbox"/> 高糖的食物和饮料：甜、蜜、糖、汁、奶茶、蜜饯，糖醋、红烧、鱼香、照烧、宫保等烹饪方式。碳酸饮料、果汁饮料、奶茶、果茶、乳酸菌饮料、运动饮料每天一杯或当水喝；经常喝酒，尤其是啤酒、鸡尾酒等 <input type="checkbox"/> 低膳食纤维的食物和饮料：不粗——从来不吃糙米、杂粮饭、全麦、燕麦，不爱吃有粗纤维的蔬菜，比如芹菜、韭菜、豆芽、西兰花、绿叶菜；吃太精——只吃白面条、白面包、白馒头，吃水果“去皮去籽”，用果蔬汁代替吃蔬菜水果 <input type="checkbox"/> 进食过量：吃饭速度快不知不觉就撑得慌了；不饿也吃，嘴闲不住，吃东西成了打发时间的工具；追剧、刷手机、打游戏时，旁边放一大包薯片、瓜子或零食，手会不停地伸进去拿，直到整包见底；经常为了怕浪费“光盘”；应酬多；经常夜宵 <input type="checkbox"/> 进食不规律：吃饭时间、吃饭量、吃饭内容每天都波动很大，饥一顿饱一顿、“吃饭没个准点儿”、“正餐不正，零食当饭”		策略如下： <ul style="list-style-type: none"> <li>——<b>控制总摄入量。</b>建议适当减少每日进食总量，可尝试使用小号餐具，从视觉与心理上增强满足感，从而自然降低食量；</li> <li>——<b>优化饮食结构。</b>推荐采用“餐盘分区法”实现均衡饮食。将餐盘分为四等份，其中二分之一盛放蔬菜（以富含膳食纤维的品类为主），四分之一放置蛋白质类食物（如肉类、豆制品），剩余四分之一搭配主食，且主食量可略低于日常水平。在必要时补充适当的复合营养素、蛋白粉等；</li> <li>——<b>逐步改正饮食习惯。</b>每月尝试戒除一项不良饮食行为，如减少含糖饮料、避免宵夜或降低零食频率，以循序渐进的方式培养健康饮食节奏</li> </ul>
您的身体活动习惯(可多选)	<input type="checkbox"/> 能坐着不站着，能躺着不坐着，一切让身体处于“静止”状态的习惯。生活基本是“床-椅子-沙发”三点一线。经常卧瘫在沙发或床上刷手机、看电视直到睡觉 <input type="checkbox"/> 工作环境属于久坐不动 <input type="checkbox"/> 所有出行都依赖交通工具，比如500米的路程也要开车或打车，上下楼必坐电梯，从不走楼梯 <input type="checkbox"/> 每天的步数极少，比如长期低于2000步 <input type="checkbox"/> 爱好多是静态的，如打游戏、看书、拼图、看电视、看电影、刷手机等。不爱出门旅游、郊游、逛街 <input type="checkbox"/> 很少做家务		策略如下： <ul style="list-style-type: none"> <li>——<b>从步行开始积累。</b>设定每日步数目标，并尝试在步行中加入“快慢交替”或“爬坡”等方式，逐步提升身体活动强度；</li> <li>——<b>打破持续静止状态。</b>设置定时提醒，每小时起身活动；可设计一套包含伸展、转体、深蹲等动作的5分钟活力操，随时打断久坐；</li> <li>——<b>融合运动与生活场景。</b>在娱乐或家务时间中加入运动，如：看电视时做拉伸、刷手机时靠墙静蹲、做家务时加快节奏，让活动无处不在</li> </ul>

表D.1 体重管理健康行为表（续）

药师提问	患者选择	策略
您的睡眠习惯 (可多选)	<input type="checkbox"/> 经常熬夜（还要加一顿夜宵） <input type="checkbox"/> 晚睡/睡不好就要晚起或多睡补觉 <input type="checkbox"/> 醒了也不起床	策略如下： —— <b>逐步建立规律作息。</b> 养成每日固定时间入睡与起床的习惯。睡前 1 小时远离电子屏幕，改善睡眠质量。避免长时间赖床，以稳定身体节律； —— <b>保证每日 7-9 小时睡眠。</b> 睡眠不足会导致瘦素（抑制食欲）分泌减少、饥饿素（促进食欲）升高，增加对高热量食物的渴望，还可能降低代谢效率； —— <b>逐步优化晚餐习惯。</b> 减少并戒除夜间加餐，努力在晚上 21:00 后不再进食。若睡前感到饥饿，可选择一小杯牛奶或一块苏打饼干作为安抚

## D.2 疾病认知评估

表D.1为疾病认知评估。

表D.2 疾病认知评估表

认知观点		患者选择
肥胖症是一种病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	选择不是,需要在管理方案中增加提高疾病认知的教育内容
很多慢性病的发生发展与体重有关	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
体重管理有效,会有益于慢性病的治疗达标	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
减重速度越快越好	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
减重有效的标准是根据患者需求确定的	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
只要用药物治疗了,其他生活方式就不用管了	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
药物减重想用就能用	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	
是否接受药物治疗减重	<input type="checkbox"/> 接受 <input type="checkbox"/> 不接受	<p>策略如下:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——<b>药物治疗的适用标准与潜在获益。</b>明确告知患者,药物治疗并非适用于所有人,它有明确的医学指征(如BMI达到一定标准并伴有并发症)。同时,应客观说明在生活方式干预基础上联合药物,如何能更有效地促进体重下降、改善相关代谢指标,并提高生活质量;</li> <li>——<b>药物治疗的安全性及注意事项。</b>坦诚地沟通药物的潜在副作用、禁忌症以及长期使用的监测要求。让患者理解,这是一项需要在医生密切指导下进行的医疗措施,安全性是首要考量;</li> <li>——<b>此次评估的结论(接受或不接受)具有双重价值:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 患者<b>接受</b>,此对话即为后续处方与监测的知情基础,</li> <li>● 若患者<b>暂不接受</b>,理解其背后的顾虑(如对安全性的担忧、对药物的排斥、费用问题等)将成为我们进行后续支持、教育和动机强化的宝贵依据。这确保了即使不立即采用药物治疗,我们的管理策略也能持续贴合患者动态变化的意愿与需求</li> </ul> </li> </ul>

**附录 E**  
(资料性)  
**体重管理的常用饮食策略**

体重管理的常用饮食策略见表E.1。

**表E.1 体重管理的常用饮食策略**

饮食类别	实施方法	效果及收益
限能量饮食	是指限制每日能量摄入目标小于所需的能量，通常限定女性1200~1500kcal/d，男性1500~1800kcal/d，或在预估个人能量需求基础上减少500或750kcal/d或30%的能量摄入。更严格的极低能量饮食是限能量饮食的特殊类型，指将能量摄入水平控制在800kcal/d以内。宏量营养素的供能比例符合平衡膳食模式（40%~55%碳水化合物，15%~20%蛋白质，20%~30%脂肪）	能有效降低体重、脂肪含量，改善胰岛素抵抗等代谢综合征组分，降低心血管疾病的发生风险。需长期改变生活习惯
低碳水化合物饮食	是指每天碳水化合物供能比占每天总能量20%~40%的饮食模式。 极低碳水化合物饮食（亦称为生酮饮食）是低碳水化合物饮食的特殊类型，指将碳水化合物供能比控制在20%以内	低碳水化合物饮食在短期内应用可以显著降低肥胖患者的体重，并能有效改善血糖、血脂等指标。但低碳水化合物饮食的依从性较低，较少有研究评估其长期减重效果及不良后果。应监测酮体生成情况，防止酸中毒发生
高蛋白饮食	指每天蛋白质供能比超过每天总能量的20%，但一般不超过每天总能量30%的饮食模式	有助于降低体重、改善血糖、血脂等心血管疾病危险因素。部分研究证据表明，高蛋白饮食可以减弱肠道脂质吸收、阻止脂肪增加，是一种防止体重反弹的有效策略，不建议长期应用，并监测肾功能变化
间断性饮食	方法如下： ——隔日节食。包括正常进食日和节食日交替进行： ● 在进食日，患者可以自由进食，对食物的种类或数量没有限制， ● 在节食日，患者仅摄入其能量需求的0~25%（500~800 kcal），节食日的1餐可以一次性摄入，也可以分散在1天中摄入，不会影响减肥效果； ——5:2 间断性节食。是隔日节食的改良版，每周5个正常进食日和2个节食日，而节食日可以连续或者不连续； ——时间限制性节食： ● 将每天的进食时间限制在特定的时间内（通常是4~12h），而不限能量摄入， ● 在非进食时间窗里，仅能饮用零卡饮料	可在短时间内（8~12周）内实现轻中度的体重减轻（比基线下降3%~8%）。部分研究表明，间断性节食可能改善心脏代谢风险因素，如血压、血脂、胰岛素抵抗和糖化血红蛋白

表E.1 体重管理的常用饮食策略（续）

饮食类别	实施方法	效果及收益
地中海饮食	地中海饮食模式尚无统一的标准，其主要特点是多摄入橄榄油、坚果、全谷物、水果和蔬菜，适量饮用红酒，减少红肉或加工食品的摄入	可有效减轻体重，缩小腰围
终止高血压饮食	终止高血压饮食强调增加较大量蔬菜、水果、低脂（或脱脂）奶的摄入，采取全谷类食物，减少红肉、油脂、精制糖及含糖饮料的摄入，并进食适量坚果。这种饮食方法提供了丰富的钾、镁、钙等矿物质以及膳食纤维，增加了优质蛋白、不饱和脂肪酸的摄入	可有效降低肥胖患者的体重、血压、血糖、血脂，同时改善胰岛素抵抗
代餐饮食	为满足控制体重期间一餐或两餐的营养需要，代替一餐或两餐，专门加工或配制而成的一种控制能量食品；大部分具有低热量、高纤维、易饱腹的特点	有助于降低肥胖、糖尿病、血脂异常症等发病风险，控制能量密度，减重期间有更好的依从性，有助于长期减重
注：资料来源 《肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南（2024版）》 《肥胖症诊疗指南（2024年版）》		

附录 F  
(资料性)  
运动方案建议

### F.1 分层运动建议

表F.1为基于体重指数分层运动建议。

表F.1 基于体重指数分层运动建议

人群分类	体重指数 (kg/m <sup>2</sup> )	运动目标	推荐运动类型与强度
超重人群	24.0~27.9	减重、提高代谢	推荐如下： ——有氧运动。每周 200~300 min 中等强度（如椭圆机、游泳）； ——高强度间歇训练。每周 1~2 次（如快步抬膝 30s+原地踏步 60s 交替）
肥胖人群	≥28	减重、改善关节功能	推荐如下： ——低冲击有氧。水中有氧、固定自行车，每周 5~6 次，每次 45~60min，累积 300 min / 周以上； ——抗阻训练。自重训练（如靠墙深蹲、贴墙站马步、弹力带），每周 2~3 次，全身大肌群、每部位 2 组 x 10~12 次，含臀部、腿部、胸背与肩膀
注：有氧运动应计算并监测心率，确保其在靶心率区间内。靶心率=[(220-年龄)-静态心率]*(60%~80%)+静态心率			

## F.2 肥胖人群运动建议

表F.2为基于年龄分层的肥胖人群运动建议。

表F.2 基于年龄分层的肥胖人群运动建议

人群分类	年龄层	运动建议
成人	18~64岁	建议如下： <ul style="list-style-type: none"> <li>——每周 150~300 min 中强度有氧运动（如快走、骑车、游泳）；</li> <li>——每周至少 2 次抗阻训练（如自由重量、弹力带训练）；</li> <li>——可选用高强度间歇训练增加效率</li> </ul>
老年人	≥65岁	推荐多模式运动组合（有氧+抗阻+平衡+柔软性训练），如太极、瑜伽、弹力带、固定脚踏车等。每周3~5次，强调安全与跌倒预防

## F.3 慢性疾病人群运动建议

表F.3为常见慢性疾病人群运动建议。

表F.3 常见慢性疾病人群运动建议

疾病类型	运动建议类型与内容
2型糖尿病	建议如下： ——有氧运动：每周≥150 min 中等强度（如快走、游泳），避免连续 2 天不运动； ——抗阻训练：每周 2~3 次，提升胰岛素敏感性与肌力； ——运动前后需监测血糖，避免空腹运动，建议饭后 1~2h 进行
高血压	建议如下： ——有氧运动：每周≥150 min（如快走、游泳、骑车）； ——抗阻训练：低负荷高次数，每周 2 次（如弹力带训练）； ——避免屏气用力、过度激烈运动，保持呼吸顺畅
骨关节炎	建议如下： ——有氧运动：选择低冲击类型（如水中有氧、固定脚踏车）每周 3~5 次； ——抗阻训练：重点强化下肢肌群（如股四头肌），使用自重或弹力带，每周 2~3 次； ——加强柔软性和平衡训练（如伸展、太极），避免关节疼痛明显时运动
注：资料来源 《中国成人体重管理指南》	

附 录 G  
(资料性)  
体重管理监测与评估记录内容

G.1 监测指标记录

表G.1为监测指标记录内容。

表G.1 监测指标记录内容

项目	监测频率	记录方法	注意事项
体重与体脂率	每周至少测量1次体重和体脂率。体重测量应在每天固定时间（如早晨起床后）进行，以减少因饮食和水分摄入导致的波动	将每次测量的体重和体脂率记录在专门的记录表或应用程序中，以便观察变化趋势	避免频繁测量体重，以免因短期波动引起焦虑情绪。同时，体脂率的测量应使用准确可靠的设备
身体围度	每月测量1次腰围、臀围、大腿围等关键部位的围度	将测量结果记录在记录表中，与体重和体脂率的变化进行对比分析	测量时应保持姿势一致，使用软尺紧贴皮肤但不过紧，确保测量结果的准确性
饮食记录	建议每周记录3日（包括2个工作日和1个周末）的饮食情况，以评估饮食结构和热量摄入	详细记录每餐的食物种类、数量和进食时间，可使用饮食记录应用程序或纸质记录表	记录时应尽量准确，避免遗漏或夸大食物摄入量。同时，定期回顾饮食记录，分析是否存在高热量、高脂肪或高糖食物的摄入过多等问题
运动记录	每日记录运动类型、持续时间和强度	使用运动记录应用程序或纸质记录表，记录每次运动的详细信息	确保记录的准确性，避免高估或低估运动量。同时，定期分析运动记录，评估运动计划的执行情况和效果
心理状态	每周进行一次自我评估，记录情绪变化、压力水平和食欲控制情况	使用心理状态评估量表或日记形式记录，重点关注情绪波动对饮食和运动的影响	及时识别和处理情绪性进食或因压力导致的饮食失控等问题，必要时寻求心理咨询师的帮助

## G.2 进度评估记录

表G.2为进度评估记录内容。

表G.2 进度评估记录内容

项目	目标	方法	调整策略
短期评估（每周）	评估每周的体重变化、饮食和运动计划的执行情况	对比上周的体重和体脂率，分析饮食记录和运动记录，总结本周的执行情况和存在的问题	如果体重未达到预期目标，分析可能的原因（如饮食热量过高、运动量不足等），并针对性地调整饮食或运动计划。例如，减少高热量食物的摄入或增加运动时间
中期评估（每月）	评估每月的体重变化、身体围度变化、饮食和运动计划的长期执行情况	对比月初和月末的体重、体脂率和身体围度，分析整个月的饮食和运动记录，评估整体进展	如果体重变化不明显或出现平台期，考虑调整饮食结构（如增加蛋白质摄入比例）、增加运动强度或尝试新的运动方式。同时，评估心理状态，必要时进行心理疏导
长期评估（每3个月）	评估3个月内的整体体重变化、健康指标（如血糖、血脂、血压等）的改善情况	对比3个月前的体重、体脂率、身体围度和健康指标，分析长期的饮食和运动记录，评估综合效果	如果体重管理效果不佳，考虑进行全面评估，包括重新评估生活方式、饮食习惯、运动偏好等。必要时咨询医生，调整治疗方案
注：资料来源 《中国成人体重管理指南》			

附 录 H  
(资料性)  
随访计划与频次推荐

### H.1 随访内容

表H.1为随访内容参考清单。

表H.1 随访内容参考清单

关于药品使用	确认用药方法	核对用药剂量	不良反应	上次用药指导重点摘要
	给予肯定： 发现问题： 教育/建议：	给予肯定： 发现问题： 教育/建议：	给予肯定： 发现问题： 教育/建议：	
关于健康生活	健康饮食习惯	身体运动习惯	健康行为习惯	上次健康生活指导重点摘要
	戒掉： 建立： 发现问题： 教育/建议：	戒掉： 建立： 发现问题： 教育/建议：	戒掉： 建立： 发现问题： 教育/建议：	
关于减重成果（治疗/管理效果）	主观感受	体重相关指标 (干预3~6个月后)	肥胖症相关疾病指标 (干预3~6个月后)	治疗目标参考
	舒服的/开心的： 困难的/困扰的： 教育/建议：	给予肯定： 发现问题： 教育/建议：	给予肯定： 发现问题： 教育/建议：	
患者咨询	问： 答：  (依据： <input type="checkbox"/> 说明书 <input type="checkbox"/> 指南 <input type="checkbox"/> 文献 <input type="checkbox"/> 其他_____)			疾病认知评估摘要

## H.2 随访计划

表H.2为随访计划参考清单。

表H.2 随访计划参考清单

阶段	目标	随访频率	第7天随访	第14天&第21天随访	第28天随访
首次购药患者随访（第一个月）	建立信任，确保用药安全，夯实生活方式干预基础	每周一次	<p>正确用药确认：选择已完成首次注射后，确保流程顺利，无急性不适</p> <p>习惯建立：建议固定每周注射日，以防遗忘</p> <p>用药教育：强调严格遵医嘱用药，严禁自行调整剂量，特别是无不适症状的患者</p> <p>生活方式：鼓励本周内戒除一项具体的生活习惯，并提醒注意营养均衡</p>	<p>正确用药再确认：注射时间固定、操作规范，并提醒进行注射部位轮换</p> <p>问题解决：询问有无不适，并解答其在健康减重过程中遇到的具体疑问</p> <p>行为强化：鼓励其坚持正在建立的生活干预新习惯</p>	<p>选择首次复诊前</p> <p>复诊准备：提醒患者第一支药物用完前后需进行复诊评估</p> <p>便捷通道：若患者时间不便，可协助其通过已建立的药店-医院线上诊疗协作平台完成复诊</p> <p>疗效预期管理：明确告知患者体重下降的个体差异较大，建议坚持治疗满3个月后再进行疗效评估，避免因短期效果不显著而丧失信心</p> <p>合并症管理：若合并其他疾病，每月需提醒患者关注相关指标（如血糖、血压）的治疗达标情况</p>
复购患者随访（有剂量调整）		即调整后第一个月内每周一次	<p>参照“首次购药患者随访”频次，随访重点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——确认新剂量注射操作正确，无习惯性错误；</li> <li>——密切关注患者对新剂量的耐受情况；</li> <li>——协助患者针对新阶段，设立一项新的生活干预目标，继续强化生活指导</li> </ul>		
复购患者随访（剂量维持半年以内）	维持依从性，优化疗效，预防长期并发症	每月一次	<p>随访重点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——检查上次随访建议的执行情况。综合评估治疗的有效性与安全性；</li> <li>——提醒患者定期复诊续方，强调至少每3个月需由医生进行一次全面评估；</li> <li>——长期引导患者关注行为目标的达成而非仅看重结果目标；</li> <li>——强调体重管理的核心价值在于获得长期健康收益，而不仅是体重的下降</li> </ul>		
复购患者随访（剂量维持半年以上）		每个季度一次			
减重效果满意者随访		-	<p>随访重点：确保安全，避免追求过快减重。</p> <p>指导：提醒预防营养不良与肌少症，必要时在医生指导下补充营养素。</p>		
减重效果不满意者随访		-	<p>随访重点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>——引导建立科学的减重速度与程度预期；</li> <li>——引导其关注行为目标的达成而非仅看重结果目标。强调体重管理的核心价值在于获得长期健康收益，而不仅是体重的下降</li> </ul> <p>因此，在评估成效时，应采用体重、行为改善、生理指标等多维度指标进行综合分析</p> <p>策略：若经评估确属疗效不佳，应建议患者尽快就医，由医生判断是否调整方案或停药，并重申“追求健康是第一要务”</p>		

## 参 考 文 献

- [1] T/CNSS 021—2023 中国高龄老年人体质指数适宜范围与体重管理指南.
- [2] 中华医学会糖尿病学分会, 国家基本公共卫生服务项目基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层肥胖症综合管理技术指南(2025) [J]. 中华内科杂志, 2025, 64(7):604-613.
- [3] 国家卫生健康委员会肥胖症诊疗指南编写委员会, 张忠涛, 纪立农. 肥胖症诊疗指南(2024年版) [J]. 中国循环杂志, 2025, 40(1):6-30.
- [4] 中华医学会内分泌学分会. 肥胖患者的长期体重管理及药物临床应用指南(2024版) [J]. 中华内分泌代谢杂志, 2024, 40(7):545-564.
- [5] 中华医学会健康管理学分会, 中国营养学会临床营养分会等. 超重或肥胖人群体重管理流程的专家共识(2021年) [J]. 中华健康管理学杂志, 2021, 15(4):317-322.
- [6] 中国内分泌相关专家小组(统称). 中国成人体重管理指南[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2025, 41(11):891-907.
- [7] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会, 内分泌代谢科肥胖诊疗联盟. 肠促胰素类减重药物临床应用专家共识(2025版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(8):950-970.
- [8] 中国民族卫生协会, 中国健康管理协会健康体检分会. 胰高糖素样肽-1受体激动剂类药物结合生活方式干预减重专家共识(2024版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2024, 16(9):945-958.
- [9] 中国医疗保健国际交流促进会营养与代谢管理分会, 中国营养学会临床营养分会, 中华医学会糖尿病学分会, 等. 中国超重/肥胖医学营养治疗指南(2021) [J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2021, 13(11):1-55.
- [10] 张鹏, 刘力滴, 张颖, 等. 2024意大利《成人超重、肥胖和代谢合并症行为治疗抵抗的管理指南》解读与启示[J]. 中国全科医学, 2025, 28(30):3747-3752.
- [11] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 成人肥胖食养指南(2024版). 中华人民共和国国家卫生健康委员会官网
- [12] 内分泌代谢科肥胖诊疗联盟, 中国医师协会内分泌代谢科医师分会肥胖学组. 体重管理门诊建设专家指导意见(2025版) [J]. 中国糖尿病杂志, 2025, 17(7):801-805
- [13] 中国健康管理协会健康文化委员会, 中国研究型医院学会心肺复苏学专业委员会, 中华医学会科学普及分会. 《中华精准健康传播专家共识》之公民体重管理卫生健康指南[J]. 中国研究型医院, 2021, 8(2):68-76.
- [14] 《2型糖尿病患者体重管理专家共识》专家组. 2型糖尿病患者体重管理专家共识(2024年版) [J]. 国际内分泌代谢杂志, 2024, 44(5):359-370.
- [15] 中华医学会老年医学分会, 国家老年疾病临床医学研究中心(湘雅医院). 中国肌肉减少症诊疗指南(2024版) [J]. 中华医学杂志, 2025, 105(3):181-203.
- [16] 俞承滢, 蒋新军, 邢树平, 等. 健康饮食餐盘在糖尿病管理中的研究进展[J]. 护理学杂志, 2025, 40(8):26-30.